



ACTUS

Advogados Associados



“PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

LUCIANO GONÇALVES PEREIRA, brasileiro, casado, vendedor,
portador do RG nº 98029055408 SSP/CE, e inscrito no CPF nº 541.
516.863-04, residente e domiciliado à Rua Rio Nonô, nº 469,
bairro João Cabral, Juazeiro do Norte/CE.

pelo presente nomeia e constitui bastante procurador, THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/GE sob o n.º 20.787, e-mail: thomazbarbalha@yahoo.com.br, ANTÔNIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, e-mail: allan.saraiva@hotmail.com, todos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio, 649 em Barbalha/CE, onde recebe intimações e avisos, a quem confere os poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad judicium”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Barbalha-CE, 13 de julho de 2017

x Luciano Gonçalves Pereira



ACTUS

Advogados Associados



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Luciano Gonçalves Pereira, brasileiro, casado, vendedor,
portador do RG nº 98029055408 SSP/CE e inscrito no
CPF nº 541.516.863-04, residente e domiciliado à
Rua Pio Nonôes, nº 469, João Cabral, Freguesia do
Monte/CE

DECLARA nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que são pobres na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício de seu sustento e de sua família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

BARBALHA-CE, 13 de julho de 2017

x Luciano Gonçalves Pereira



<http://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true>

SINISTRO 3170227972 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCIANO GONCALVES PEREIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A #772

BENEFICIÁRIO LUCIANO GONCALVES PEREIRA

CPF/CNPJ: 54151686304

Posição em 14-07-2017 08:36:20

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
17/05/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 16880 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/12/2016 08:40:58**
Data / Hora da Ocorrência: **20/11/2016 20:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA VIRGÍNIA MENDONÇA**
Complemento:
Bairro: **JOAO CABRAL** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **PARQUE ECOLÓGICO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUCIANO GONÇALVES PEREIRA**
Nascimento: **08/08/1975** CPF: **541.516.863-04**
RG: **98029055408** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ALCEDI GONÇALVES**
RAIMUNDO RAMOS PEREIRA
Endereço: **RUA PIO NOROES, 469**
Bairro: **JOAO CABRAL** CEP:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 8813-3534**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMJ8028** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2JC4820FR517362 Renavam: **1031701270** Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2014**
Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**
Proprietário: **FRANCISCA DAS CHAGAS SILVA PINTO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Advertido das penalidades cominadas ao crime de falso testemunho e denúncia caluniosa, relata a vítima que conduzia a Motocicleta, acima identificada, quando um veículo veio na direção oposta a sua, em zigue-zague, de modo que a vítima não conseguiu desviar e acabou colidindo na lateral do motorista, caindo ao chão; QUE o motorista do veículo evadiu-se do local no carro, não tendo a vítima conseguido anotar a placa; QUE tomou conhecimento através de populares, que o condutor do veículo estava alcoolizado; QUE na ocasião do acidente a vítima estava sozinho; QUE a vítima recebeu atendimento do SAMU, que o socorreu para a UPA de Juazeiro do Norte; QUE em virtude do acidente, a vítima sofreu trauma em um dedo do pé esquerdo; E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *Beatriz*

BEATRIZ MOREIRA LOBO DE MACEDO - MAT.: 300634-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *x Luciano Gonçalves Pereira*

VISTO DO DELEGADO(A): *B*

MARCOS ANTONIO DOS SANTOS - MAT.: 133850-1-7

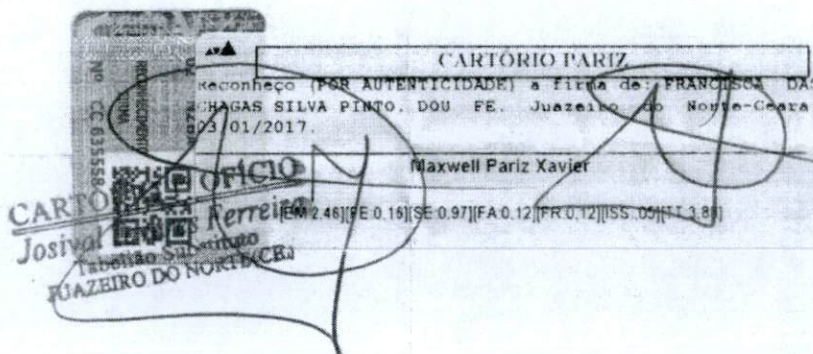


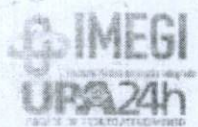
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisca das Chagas Silva Pinto,
 RG nº 96008019238, data de expedição 20/08/96,
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 893.448.713-53, com
 domicílio na cidade de Juazeiro do Norte no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Pio Xaviers, nº 469,
 complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Luciano Gonçalves Pereira cujo o condutor era
Luciano Gonçalves Pereira
 Veículo: Motocicleta
 Modelo: HONDA BIZ 125 ES
 Ano: 2014
 Placa: PMT 8028
 Chassi: 9C2JC4820FR517362
 Data do Acidente: 20/11/2016
 Local e Data: Juazeiro do Norte-CE, 03/01/17

X Francisca das Chagas Silva Pinto
 Assinatura do Declarante
 (Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Luciano Gonçalves Pereira
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
 (Sem reconhecimento de firma)



**UPA 24h Juazeiro do Norte**

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail...:

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 3512-2373

**Ficha de Atendimento Ambulatorial**

Data: 20/11/2016 Data de Saída: 20/11/2016
Hora: 21:28 Hora de Saída: 21:28

Paciente

Nome: 66482 LUCIANO GONCALVES PEREIRA
Responsável: LUCIANO GONCALVES PEREIRA
Mãe: MARIA ALDECI GONÇALVES
Endereço: RUA PIO NOROES, 469, JOÃO CABRAL - JUAZEIRO DO
Nasc: 08/08/1975 Idade: 41
Telefone: (88) - Celular: (88) 8807-2920
CEP: 63.010-000 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: Doc. Identidade: 98029055408 Guia: Autorização:
Trabalho: Validade da Carteira: Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio: SUS Cod. de Credenciamento: Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

MOTOCICLISTA ACIDENTADO EM COLISÃO MOTO X CARRO, CONDUTOR DO PRIMEIRO VEÍCULO, COM USO DE CAPACETE, NEGA USO DE BEBIDA ALCÓOLICA. NEGA ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA. REFERE DOR EM PÉ ESQUERDO COM EDEMA E RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO.

Antecedentes Médicos**Exame Físico**

ACV, AR, ABD, FISIOLÓGICOS NESTE EXAME.

Exames Complementares

AGUARDAR RETORNO + PARECER T.O. APÓS

Conclusão Diagnóstica

CID-10 V299

Tratamento

SOLICITO RX; PRESCREVO MEDICAÇÃO

Dr. Hedilberto Macêdo
Cirurgião Geral
CRM 10.486

CICERO HEDILBERTO PEREIRA

Diretor Médico



15



HOSPITAL SÃO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 29/11/2016 10:14

N. Atendimento...: 395822

Convênio.: BPA SUS

Data Atendimento: 29/11/2016 Hora: 10:10

Matricula:

Médico Respons.: ANTONIO FEITOSA NETO

Guia.: 7450014366309

Recepcionista...: RAYLLA

Tipo de Atend...: AMBULATORIAL

Setor Atend.....: CONSULTORIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: LUCIANO GONCALVES PEREIRA

Pront: 117750

Dta Nasc.: 08/08/1975 41

Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil: CASADO

RG: 98029055408

Endereço.: RUA PIO NOROES 469

Cep.....: 63100000 Bairro: JOAO CABRAL

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Estado....: CE

Resp...: LUCIANO GONCALVES PEREIRA

Fone: 8888133534

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Clínica [] Cirurg [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. [] Outro

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[] RAIO-X

[] ULTRASSOM

[] ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: ___/___/___

Antonio Feitosa Neto

CPF 223996314-04

CRM 8880

Dr. (a) ANTONIO FEITOSA NETO

CRM: 006680

CPF: 22399631404

Paciente / Responsável

0669



HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES
Telefone: 88-3523-2600 Fax: 88-2101-5475



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO NUMERO: 395833

IMPRESSO: 29/11/2016 10:44

Paciente: LUCIANO GONCALVES PEREIRA
Respons.: LUCIANO GONCALVES PEREIRA

| Sexo.: M
| Idade.: 41

--DADOS DO PRONTUARIO--

Endereço: RUA PIO NOROES 469
Cep.: 63100000 Cidade: JUAZEIRO DO NORTE
Telefone: 8888133534 Profissão: VENDEDOR
Filiação: MARIA ALDECI GONCALVES
RAIMUNDO RAMOS PEREIRA

Prontuário: 117750
Bairro: JOAO CABRAL

CPF.:
Natural.: JUAZEIRO DO NORTE
Profissão: VENDEDOR

RG: 98029055408 Nasc: 08/08/1975
UF.: Orgao: Cor.: PARDO
Est.Civil: CASADO Operador/Cadastro: RAYLLA

--DADOS DE ATENDIMENTO--

Médico.: ANTONIO FEITOSA NETO
Clínica.: INTERN. CIRURGICA
Setor.: POSTO MASCULINO
Acomod.: AM06 Tipo Acom.: ENFERMARIA TRAUMATO
Leito.: AM6.01

Atendente.: VANESSA
Data/Hora.: 29/11/2016 10:43
Convênio.: SUS INTE
Carater.: 02 -URGENCIA
Matricula.: 2540443563092
Venc.:
RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

HDA:

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FISICO:

SINAIS VITAIS: PA = 100/100 FP = FR = TA = 37.2

ACV:

AR.:

ABDOME:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO =

RV =

RM =

PUPILAS:

CONDUTA:

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

ALTA:

NUMERO DO UNISUS: 13150011454

TRANSF. P/ LEITO: 01 ENF/APTO: 01

ASS.: Alva

TRASNF. P/ MEDICO:

ALTA EM: 29/11/16

CONDICOES DE ALTA:

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO(a): 006686 ANTONIO FEITOSA NETO



HOSPITAL SAO RAIMUNDO

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 29/11/16 12:47

Paciente: LUCIANO GONCALVES PEREIRA

Leito: AP01.1

Atendimento: 395833

Prontuario: 117750

Conv: SUS INTERNADOS

Técnico(a): ISABEL

Anotações de Enfermagem: - 29/11/2016 12:45

MANHÃ:

PACIENTE ADMITIDO PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO, COM DRº FEITOSA. COM OLEX ANEXO AO PRONTUARIO. ENCONTRA-SE CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM AR AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES. EM REPOUSO NO LEITO, NEGA SER ALÉRGICO A NENHUMA MEDICAÇÃO, EM DIETA ZERO E SEGUE EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM. PA: 160X100mmHg T: 37,4°C

**ENCAMINHADO AO CENTRO CIRURGICO ÀS 11:08HS E RETORNOU ÀS 12:50HS SOB EFEITO ANESTESICO, COM ACESSO VENOSO PERIFERICO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. ** COM CURATIVO OCLUSIVO EM FERIDA OPERATORIA **

ISABEL ALINE COREN: 905043

Isabel Aline
Técnico(a): ISABEL ALINE GUEDES DO NASCIMENTO
COREN: 905043-CF



HOSPITAL SAO RAIMUNDO

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 29/11/16 17:21

Paciente: LUCIANO GONCALVES PEREIRA

Leito: AP01.1

Atendimento: 395833

Prontuario: 117750

Conv: SUS INTERNADOS

Técnico(a): ISABEL

Anotações de Enfermagem: - 29/11/2016 17:12

TARDE:

PACIENTE EM PÓS-OPERATORIO DE FRATURA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO, COM DRº FEITOSA. EVOLUI CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM AR AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, EM REPOUSO NO LEITO, NEGA SER ALÉRGICO A NENHUMA MEDICAÇÃO, MANTENDO ACESSO VENOSO PERIFERICO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA E SOROTERAPIA, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA, ACEITA BEM A DIETA EM REPOUSO NO LEITO E SEGUE EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

**EM TEMPO ALTA HOSPITALAR, ENTREGUE RECEITA E CARTÃO DE RETORNO, RETIRADO ACESSO VENOSO. REALIZOU BAIXO X JA ANEXADO AO PRONTUARIO **

ISABEL ALINE COREN: 905043

Isabel Aline
Técnico(a): ISABEL ALINE GUEDES DO NASCIMENTO
COREN: 905043-CF

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrências Principais)

ANESTESIA - (Ocorrências Principais)

Paciente em decúbito
prone, sob anestesia
Realizada manobra
de refluxo e qualificação
finalizada

General

10704741-8
José Mendes Brito
186-563-91

Data 10/11/16

Ass. e carimbo do Anestesiologista

Relatar causas que justifiquem, a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamentos

Data

Cirurgião

1º Auxiliar

2º Auxiliar

3º Auxiliar

Ass. e Carimbo do Cirurgião

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo do Anestesiologista - CRM

HOSPITAL SAO RAIMUNDO
Fundação Leandro Bezerra de Menezes
Telefone: 88-3523-2600 Fax: 88-3523-2621

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA

NUM.PRESCRIÇÃO: 65476

EMIÇÃO: 29/11/2016 11:17

Paciente: LUCIANO GONCALVES PEREIRA
Médico.: ANTONIO FEITOSA NETO

Num.Atend: 395833
Setor: POSTO APARTAMENTO

Dt.Internação: 29/11/2016
Leito: AP01.1

It	Código	Descrição	Dose	Uni	Via	Freq	Horários	QtdTot	Sai
01		DIETA LIVRE							1
02	00010103	SORO GLICOSADO 500 ML; 5% AMPOLA INJETAVEL			AMP	EV	500		1
03	00010065	DIPIRONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML DILUIDA EM 8ML AD DE 06/06HS			AMP	EV	13		4
04		CONTROLE DOS SINAIS VITAIS							1

Evolução:
Paciente submetida a redução incruenta sem intercorrência. Conduta: RX de controle

29/11/16 Posto num guias
Alfa *[assinatura]*

Antonio Feitosa Neto
CPF: 22.396.114-04
CRM 6680

Medicamento Administrado Por:
[assinatura]
Montado 15:20 29/11/16

[assinatura]
PRESTADOR: FEITOSA

FARMACIA



RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrências Principais)

Paciente em Jejum
 de 12h, no quarto
 Realizada manobra
 de redução + apalpação
 firmada

ANESTESIA - (Ocorrências Principais)

Genal IV

10704741-8
 José Marcos Brito
 CRM 563-91

Data 10/11/16

Ass. e carimbo do Anestesiologista

Relatar causas que justifiquem, a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamentos

Data

Cirurgião

10704741-8
 José Marcos Brito
 CRM 563-91
 6680

Ass. e Carimbo do Cirurgião

1º Auxiliar

Ass. e Carimbo

2º Auxiliar

Ass. e Carimbo

3º Auxiliar

Ass. e Carimbo

Ass. e Carimbo do Anestesiologista - CRM

BOLETIM DE CIRURGIA

[illegible]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME LUCIANO GONCALVES PEREIRA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 98029055408 SSPDS CE	
CPF 541.516.863-04	DATA NASCIMENTO 08/08/1975
FILIAÇÃO RAIMUNDO RAMOS PEREIRA MARIA ALDECI GONCALVES	
PERMISSÃO	ACC. CATENAS
Nº REGISTRO 06434434817	VALIDADE 22/05/2020
1ª HABILITAÇÃO 12/08/2015	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
Assinatura do Portador <i>Luciano Goncalves Pereira</i>	
LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE	DATA EMISSÃO 26/09/2016
Assinatura do Emissor <i>Idor Vasconcelos Ponte</i>	05150986450 CEL55577573
DETRAN CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1225714344

PERMITE PLASTIFICAR
1225714344



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **541.516.863-04**

Nome da Pessoa Física: **LUCIANO GONCALVES PEREIRA**

Data de Nascimento: **08/08/1975**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **26/03/1993**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:26:08**: do dia **13/01/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **954B.7C3F.3B44.25CC**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **LUCIANO GONÇALVES PEREIRA**, portador do RG Nº 98029055408 e Inscrito no CPF sob o Nº 541.516.863-04, no dia 20/11/2016 às 21h03min, no município de JUAZEIRO DO NORTE - CE, na rua Virgínia Mendonça. Paciente vítima de colisão carro com moto, sendo o mesmo encaminhado para a **UPA de Juazeiro do Norte**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 24 de novembro de 2016

Atenciosamente,

MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax: 3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LUCIANO GONÇALVES PEREIRA,CNH: _____
RG nº 06434434817, data de expedição 26/09/16, Órgão DETRAN-CE

CPF nº 541.516.863-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PLO NOROES</u>
Número	<u>469</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>JOÃO CABRAL</u>
Cidade	<u>JOAZEIRO DO NORTE</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>63.051-175</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3572-0398 / 99779-2255</u>
E-mail	<u>(88) 98882-3282</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOAZEIRO DO NORTE-CE 13.01.2017Assinatura do Declarante: Luciano Gonçalves Pereira

Nº DO CLIENTE

6951251-5

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 05.105.848-3Coolce
agora é enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 457569007

Rota 08 13000 04 196400 - 7

Data de Emissão 15/12/2016

Nome SUELLE FERREIRA SILVA

End. Postal RU PIO NOROES 00469

JOAO CABRAL - JUAZEIRO DO NORTE - 63051175

Medidor 5196425

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDOR de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 049780553-77

.CGF

Nome do Responsável

DADOS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Dez/2016	15/12/2016	13/01/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE
Mês Out/2016 EUSD 10,42

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do imposto
ISENTO		

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,87	18,15	28,30	0,00	0,00	0,00
FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC	2,66			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8807.358E.543D.389F.3458.3C00.958A.F43F

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
26910	26784	1,00	106	0,00	30	0,17741	18,81
					78	0,30415	23,74
					6	0,45622	2,74
15/12/16	14/11/16		31 DIAS		106		29,35

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
CORRECAO MONETARIA DO MES	29,35
JUROS DO MES	0,04
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,27
	1,56

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	17,75
Transmissão	0,44
Distribuição	6,19
Encargos Setoriais	3,11
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)...	3,42
TOTAL	30,91

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

111	106	102	93	78	75	98	137	121	142	132	125	132
Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	Fe	Mar	Apr	Ma	Jun	Jul

CONSUMO DE GÁS E EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
45,81	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Consta desta fatura R\$ 3,42 referente a PIS e COFINS.
Art. 9, Res. 180-2009 - ANEEL e Lei n. 10.637-02 e 10.638-03.Nº do Cliente: 6951251-5 Referência: Dez/2016
Data de Emissão: 15/12/2016